



# Minister Zdrowia

DLG.050.7.2025.MGL  
Warszawa, 04 lutego 2025

Pan  
Szymon Hołownia  
Marszałek  
Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,  
w odpowiedzi na interpelację nr 7368 przekazaną przez Panią Dorotę Marek Pośta na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie dostępu do zabiegu wszczepienia soczewki asferycznej w leczeniu zaćmy na terytorium Polski, uprzejmie informuję.

Minimalne warunki realizacji świadczenia gwarantowanego pn. Zabiegi związane z leczeniem zaćmy i jaskry zostały określone według lp. 5 załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2023 r., poz. 870 z późn.zm.). Zgodnie z tymi warunkami całość postępowania medycznego związana jest z kontrolną poradą specjalistyczną po zabiegu i obejmuje następujące elementy:

- a) ocenę ostrości wzroku do dali i bliży,
- b) badanie przedniego i tylnego odcinka oka w lampie szczelinowej,
- c) ocenę dna oka,
- d) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego;

Jednocześnie odpowiadając na pytanie 1 i 2 dotyczące kwestii wszczepiania soczewek asferycznych refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), należy wskazać, że operacja usunięcia zaćmy może wiązać się z wymianą zmętniałej soczewki naturalnej na soczewkę sztuczną, natomiast wymiana ta nie jest nieodłącznym elementem każdego zabiegu operacyjnego. Zdarza się, że wymiana soczewki naturalnej bywa konieczna, ponieważ brak jest możliwości jej odbudowania i regeneracji, stosując naturalne metody leczenia, czy leczenie farmakologiczne. Współistniejące schorzenia oczu mogą być przeciwwskazaniem do zabiegu z wszczepieniem sztucznej soczewki i obejmują one niektóre choroby rogówki, związane z wiekiem zwyrodnienie plamki żółtej, retinopatię cukrzycową, czynniki ryzyka odwarstwienia siatkówki (zaawansowane zwyrodnienia obwodowe siatkówki, zwyrodnienie typu „pęknięcia lakieru”) oraz choroby zapalne oczu. Te patologie oczu mogą niekorzystnie wpłynąć na jakość tworzonego obrazu i spowodować pogorszenie widzenia pooperacyjnego. Ze względu na powyższe, a także opinię konsultanta krajowego w dziedzinie okulistyki, kwalifikację do leczenia operacyjnego powinni przeprowadzać najbardziej doświadczeni okuliści w poszczególnych podmiotach leczniczych wykonujący te operacje na podstawie aktywnego kontraktu z NFZ, opierając się na standardach kwalifikacji do zabiegu usunięcia zaćmy opracowanych przez Polskie Towarzystwo Okulistyczne.

Jeśli chodzi o rodzaj wszczepianej soczewki, proszę zauważyć, że warunki realizacji dla zabiegów związanych z leczeniem zaćmy, określone na podstawie cytowanego na wstępie rozporządzenia Ministra Zdrowia, nie definiują rodzaju soczewek dopuszczonych do stosowania w leczeniu zaćmy, a decyzję o rodzaju wszczepianej soczewki podejmuje każdorazowo lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki, kierując się wyłącznie wskazaniami medycznymi i aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należyta starannością.<sup>1</sup> Jak wynika z powyższego, a także opinii konsultanta krajowego w dziedzinie okulistyki, kwalfikacja pacjenta do operacji związanej z leczeniem operacyjnym zaćmy nie może opierać się na samej chęci posiadania soczewki przez pacjenta, a w praktyce do tego zabiegu kwalifikuje się zaledwie około 20% pacjentów poddawanych leczeniu operacyjnemu zaćmy. Dodatkowo konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki wskazuje, że obecnie w Polsce nie ustalono standardu soczewki wewnątrzgałkowej i raczej ustalenie takiego standardu byłoby trudne, gdyż w wielu przypadkach różnice między soczewkami wewnątrzgałkowymi mają podstawy marketingowe, a nie medyczne, na których efekt terapeutyczny, nie ma wystarczających dowodów naukowych.

Na podstawie informacji uzyskanej z Narodowego Funduszu Zdrowia, finansowanie leczenia zaćmy ze środków publicznych może obejmować wszczepienie soczewki torycznej, czyli takiej, która pozwala na jednoczesne usunięcie zaćmy i korekcję astygmatyzmu. Jak wynika z danych dostępnych na podstawie systemu sprawozdawczego Funduszu, refundowane są wyłącznie toryczne soczewki jednoogniskowe, które mają zastosowanie w przypadku pacjentów z zaćmą i astygmatyzmem równym lub przewyższającym 2 dioptrie. Brak korekcji astygmatyzmu podczas operacji zaćmy skutkowałby tym, że pacjenci z usuniętą operacyjnie zaćmą nadal musieliby używać okularów z cylindrem, by widzieć ostro do bliży i do dali. Soczewki toryczne natomiast rozwiązują ten problem, a ich konstrukcja optyczna została opracowana w sposób, który pozwala na bardzo precyzyjną i skuteczną korekcję astygmatyzmu. Efekt takiej korekcji wady wzroku jest zazwyczaj lepszy, niż osiągnięty przy pomocy szkieł okularowych. Soczewek torycznych nie stosuje się u osób, które mają nieregularny astygmatyzm w centrum rogówki lub niestabilizowany astygmatyzm, jak również wszelkiego rodzaju schorzenia rogówki czy siatkówki ograniczające czynność wzroku, o których wspomiano powyżej. Z danych NFZ wynika, że u niespełna 9% pacjentów operowanych z powodu zaćmy, zastosowano wszczepienie soczewki torycznej. Dostępność takich zabiegów w Polsce powinna mieć wpływ na ograniczenie konieczności podjęcia decyzji o wyjeździe pacjentów za granicę np. do Czech, celem skorzystania z leczenia w ramach tzw. dyrektywy transgranicznej.<sup>2</sup> Ponadto, należy zauważyć, że aby zminimalizować liczbę tych zagranicznych wyjazdów, Fundusz podejmuje na bieżąco działania zmierzające do skrócenia średniego czasu oczekiwania na operację zaćmy, który w wyniku tych działań został skrócony z 398 dni w 2019 r. do 55 dni w grudniu 2024 r.

Biorąc pod uwagę obowiązujące przepisy związane z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej na terenie państw członkowskich Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, należy wskazać, że polscy pacjenci, mają prawo skorzystać z leczenia za granicą i są uprawnieni do otrzymania od Funduszu zwrotów kosztów zrealizowanego świadczenia zdrowotnego, będącego świadczeniem gwarantowanym, w tym także leczenia operacyjnego zaćmy za granicą. Zwrot kosztów odbywa się na zasadach określonych według art. 42c ust 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146 z późn.zm.), zwanej dalej ustawą. Fundusz dokonuje zwrotu kosztów w wysokości odpowiadającej kwocie finansowania danego świadczenia gwarantowanego stosowanej w rozliczeniach

---

<sup>1</sup> Art. 2 ust 1 oraz art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, z późn. zm.)

<sup>2</sup> Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 4.04.2011 r., str. 45 z późn.zm.)

między Funduszem, a świadczeniodawcami z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Pragnę jednocześnie nadmienić, że jak wynika z informacji uzyskanych z NFZ, potrzeby zdrowotne świadczeniobiorców zakwalifikowanych do operacyjnego leczenia zaćmy na terenie poszczególnych województw w kraju są zapewnione na zadowalającym poziomie, a Dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich NFZ stale dokonują oceny zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na swoim terenie ogłaszając postępowania uzupełniające w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert, w zależności od potrzeb i możliwości finansowych.

Odpowiadając na pytanie Pani Poseł dotyczące analizy kosztów wszczęcia soczewek asferycznych w warunkach polskich i komfortu pacjentów z tym związanego, uprzejmie informuję, że prace związane ze zmianą warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, jakim jest leczenie operacyjne zaćmy, a w tym określenie kluczowych kryteriów oceny bezpieczeństwa, kryteriów kwalifikacji, efektu terapeutycznego jak i m.in. skutków finansowych zakwalifikowania/zmiany technologii, nie są obecnie podejmowane w Ministerstwie Zdrowia z uwagi na brak uzasadnionych okoliczności do ich rozpoczęcia. Tym samym w ostatnim czasie nie wpływały do Ministerstwa Zdrowia merytoryczne wnioski związane z koniecznością prowadzenia takich prac jak i nie wpływały opinie ekspertów, mające świadczyć o zasadności podjęcia działań zmierzających do zaspokojenia konkretnych potrzeb zdrowotnych w omawianym zakresie, w tym także analiz kosztowych z tym związanych.

Należy ponadto wskazać, że wprowadzenie nowych technologii medycznych do systemu opieki zdrowotnej odbywa się według zasad ściśle określonych w ww. ustawie, a w szczególności w rozdziale 1a. Kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych oraz w rozdziale 1B Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Jednocześnie, uwzględniając zakres prac AOTMiT nad weryfikacją poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, należy zauważyć, że Minister Zdrowia uwzględniając szczególnie istotne aspekty dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, na bieżąco reaguje na wnioski zgłaszane przez organizacje pracodawców, czy grupy ekspertów i podmiotów leczniczych, celem wyjaśnienia ewentualnych rozbieżności w wycenach świadczeń i ich ponownej weryfikacji oraz aktualizacji przez AOTMiT, chociażby w oparciu o nowe schematy leczenia, jeśli wynika to z obiektywnych przesłanek.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Jerzy Szafranowicz  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/